N° 82-624-X au catalogue
ISSN 1925-6507

Coup d'œil sur la santé

Cancers de l'appareil reproducteur féminin : tendances de l'incidence et de la mortalité

par Tanya Navaneelan

Date de diffusion : le 17 février 2015

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens »

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p<0,05$)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2015

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Coup d'oeil sur la santé

Cancers de l'appareil reproducteur féminin : tendances de l'incidence et de la mortalité

par Tanya Navaneelan

Faits saillants

- En 2010, le cancer de l'utérus, dont le taux d'incidence était de 30,3 nouveaux cas pour 100 000 femmes, était le cancer de l'appareil reproducteur diagnostiqué le plus fréquemment. Il s'agissait du taux d'incidence du cancer de l'utérus le plus élevé observé depuis 1992.
- Le risque qu'une femme reçoive un diagnostic de cancer de l'utérus au cours de sa vie était de 1 sur 36.
- Le cancer de l'ovaire était le cancer de l'appareil reproducteur le plus mortel, ayant causé 9,5 décès pour 100 000 femmes en 2010.
- Le cancer du col de l'utérus était plus susceptible de se manifester chez les femmes plus jeunes que le cancer de l'utérus ou de l'ovaire. L'âge médian d'une femme au diagnostic d'un cancer du col de l'utérus était de 47 ans, et 28,7 % de tous les nouveaux cas étaient enregistrés chez les femmes de moins de 40 ans.
- Les réductions les plus importantes de la mortalité par cancer du col de l'utérus ont eu lieu chez les femmes plus âgées, ce qui s'est traduit par une diminution de l'âge de décès médian.

En 2010, 82 885 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chez les femmes au Canada. Les cancers de l'appareil reproducteur représentaient 12,0 % de ces nouveaux cas. Les types les plus fréquents de cancer de l'appareil reproducteur étaient les cancers de l'utérus, de l'ovaire et du col de l'utérus, 9 cas sur 10 s'étant manifestés à l'un de ces trois sièges de cancer (tableau 1).

Le présent article décrit les données sur l'incidence (nouveaux cas) des cancers de l'utérus, de l'ovaire et du col de l'utérus, ainsi que sur la mortalité (décès) due à ces cancers. Les principales sources des données sont le **Registre canadien du cancer (RCC)** et l'enquête **Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès** du Canada.

Tableau 1
Incidence des cancers de l'appareil reproducteur féminin, Canada, 2010

Cancer	Nouveaux cas	Taux d'incidence (pour 100 000 femmes)	Pourcentage du total des nouveaux cas de cancer chez les femmes
Ensemble de l'appareil reproducteur	9 957	58,0	12,0
Utérus	5 191	30,3	6,3
Utérus, spécifié	5 044	29,4	6,1
Utérus, SAI[1]	147	0,8	0,2
Ovaire	2 465	14,4	6,6
Col de l'utérus	1 390	8,1	1,7
Vagin	127	0,7	0,2
Vulve	487	2,8	0,6
Autres cancers gynécologiques	297	17,3	0,4

1. SAI = sans autre indication
Source : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.

L'incidence du cancer de l'utérus atteint son plus haut niveau depuis 1992; l'incidence du cancer de l'ovaire et du col de l'utérus diminue

En 2010, le cancer de l'utérus était le cancer de l'appareil reproducteur féminin diagnostiqué le plus fréquemment au Canada, le taux d'incidence étant de 30,3 nouveaux cas pour 100 000 femmes (tableau 2). Entre 1992 et 2005, le taux d'incidence du cancer de l'utérus n'a pas varié de manière considérable, toutefois, entre 2005 et 2010, il a augmenté de 2,5 % par année[1,2]. En raison de cette hausse, l'incidence du cancer de l'utérus a atteint son plus haut niveau depuis 1992, année la plus ancienne pour laquelle des données sont saisies dans le RCC (graphique 1).

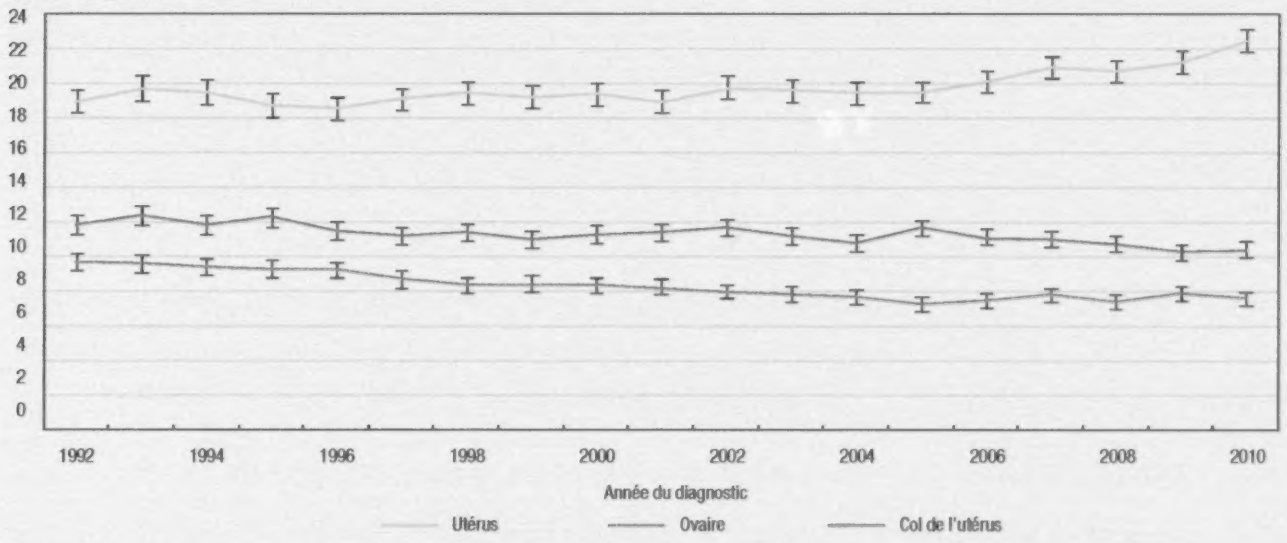
Le cancer de l'ovaire venait au second rang des cancers de l'appareil reproducteur féminin diagnostiqués le plus fréquemment. Le taux d'incidence du cancer de l'ovaire était de 14,4 nouveaux cas pour 100 000 femmes (tableau 2). Entre 1992 et 2010, ce taux a diminué de 0,8 % par année (graphique 1).

Tableau 2
Incidence et mortalité, statistiques sommaires, Canada, 2010

	Incidence		
Type de cancer	Nouveaux cas	Taux pour 100 000 femmes	Âge médian au moment du diagnostic
Utérus	5 191	30,3	62
Ovaire	2 465	14,4	62
Col de l'utérus	1 390	8,1	47
	Mortalité		
Type de cancer	Décès	Taux pour 100 000 femmes	Âge médian au décès
Utérus	919	5,4	72
Ovaire	1 637	9,5	72
Col de l'utérus	372	2,2	59

Source : Registre canadien du cancer, Statistique Canada; Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Graphique 1
Taux d'incidence, selon le type de cancer et l'année, normalisés selon l'âge, Canada, 1992 à 2010



Note : Les lignes d'erreur verticales superposées aux courbes des tendances représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les intervalles de confiance indiquent le degré de variabilité de l'estimation et permettent des comparaisons plus valides des différences entre les estimations.

Source : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.

Le cancer du col de l'utérus se classait troisième parmi les cancers de l'appareil reproducteur diagnostiqués le plus fréquemment, avec un taux d'incidence de 8,1 nouveaux cas pour 100 000 femmes (tableau 2). Comme celle du cancer de l'ovaire, l'incidence du cancer du col de l'utérus a diminué au fil du temps, diminuant de 2,1 % par année entre 1992 et 2005. Cependant, le recul s'est stabilisé ces dernières années et, de 2005 à 2010, aucune variation significative du taux n'a été enregistrée (graphique 1).

Dépistage du cancer du col de l'utérus

Contrairement aux cancers de l'utérus et de l'ovaire, un test de dépistage d'usage très répandu existe pour le cancer du col de l'utérus, à savoir le test de Papanicolaou (Pap). La plupart des cancers du col de l'utérus se développent chez les femmes qui n'ont jamais subi de dépistage ou chez lesquelles l'intervalle entre les tests Pap était long[6]. En 2012, 90,2 % des femmes de 21 à 69 ans ont déclaré avoir subi un test Pap au cours de leur vie, mais 74,2 % seulement en avaient subi un au cours des trois dernières années, comme il est recommandé. En outre, le pourcentage de femmes ayant subi un test Pap au cours des trois dernières années a diminué au fil du temps, pourcentage qui s'établissait à 77,5 % en 2000[7].

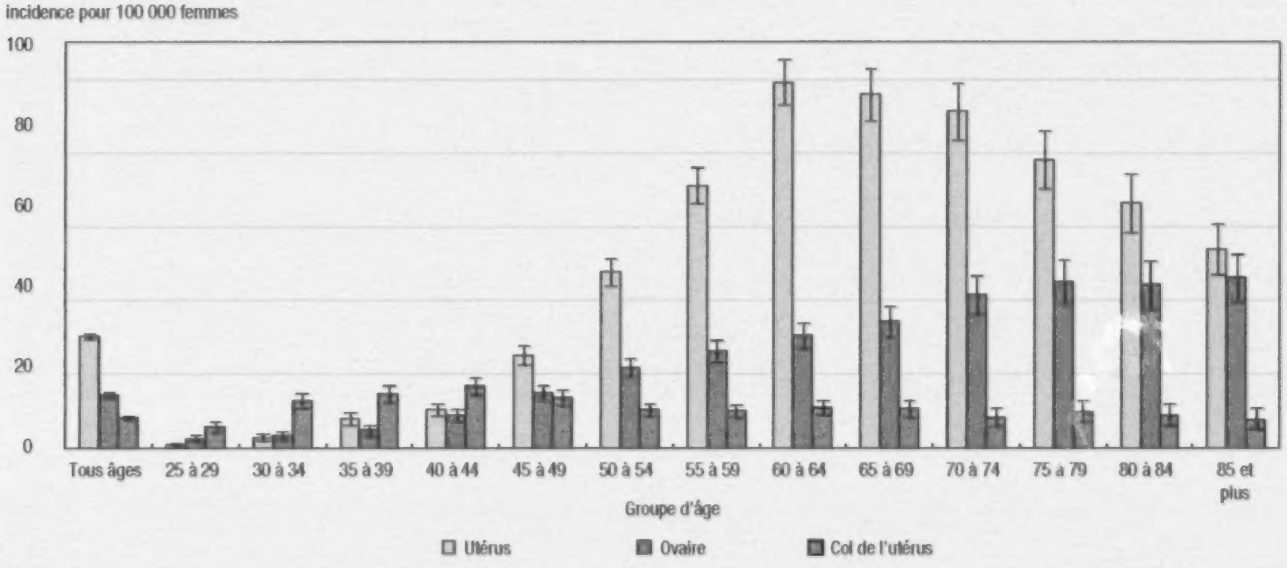
Les études de la diminution du taux d'incidence du cancer du col de l'utérus indiquent qu'elle est le plus probablement attribuable aux programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus[3,4,5]. Grâce à ces programmes, un plus grand nombre d'états précancéreux sont décelés avant qu'ils évoluent en un cancer invasif.

Le risque de cancer de l'ovaire augmente avec l'âge; le risque de cancer de l'utérus et du col de l'utérus augmente puis diminue au cours de la vie

L'âge d'une femme peut avoir une incidence sur le risque qu'elle développe chaque type de cancer de l'appareil reproducteur. Les femmes dans la soixantaine et celles ayant un peu plus de 70 ans couraient le risque le plus élevé d'être atteintes d'un cancer de l'utérus (graphique 2). Le sommet s'observait pour les femmes de 60 à 64 ans chez lesquelles le taux d'incidence était de 99,0 nouveaux cas pour 100 000. Autour de ce sommet, le taux d'incidence augmentait avec l'âge chez les femmes de 25 à 59 ans, tandis qu'il diminuait chez celles de 65 ans et plus.

Au fil du temps, les niveaux les plus élevés de risque de cancer de l'utérus se sont déplacés vers les femmes plus jeunes. En 2010, l'âge de diagnostic médian[8] du cancer de l'utérus était de 62 ans. En revanche, en 1992, il était de 66 ans et les femmes septuagénaires affichaient le taux d'incidence le plus élevé.

Graphique 2
Taux d'incidence par âge, selon le type de cancer et le groupe d'âge, Canada, 2010



Note : Les cas chez les groupes d'âge plus jeunes ont été supprimés en raison de leur petit nombre (n<5).
Les lignes d'erreur verticales superposées aux barres représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les intervalles de confiance indiquent le degré de variabilité de l'estimation et permettent des comparaisons plus valides
Source : Registre canadien du cancer, Statistique Canada.

Contrairement au cancer de l'utérus, le taux d'incidence du cancer de l'ovaire avait tendance à augmenter avec l'âge. Ce cancer était relativement rare chez les femmes de 25 à 29 ans, qui affichaient un taux de 2,4 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Comparativement, l'incidence était 20 fois plus élevée chez les femmes de 85 ans et plus, pour lesquelles le taux était de 46,1 nouveaux cas pour 100 000 femmes (graphique 2). Même si le risque augmentait avec l'âge, 6,4 % de cas de cancer de l'ovaire étaient diagnostiqués chez les femmes de moins de 40 ans, comparativement à 2,6 % de cas de cancer de l'utérus. Comme pour le cancer de l'utérus, l'âge médian au diagnostic du cancer de l'ovaire était de 62 ans.

Les femmes au début de la quarantaine couraient le risque le plus élevé d'être atteintes du cancer du col de l'utérus. Chez celles de 40 à 44 ans, le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus était de 16,6 nouveaux cas pour 100 000 femmes. Comme pour le cancer de l'utérus, les taux étaient plus faibles de part et d'autre de ce sommet, mais le risque était réparti plus uniformément entre les groupes d'âge (graphique 2).

Comparativement aux deux autres principaux cancers de l'appareil reproducteur, le cancer du col de l'utérus était plus susceptible de se manifester chez des femmes plus jeunes, et 28,7 % des cas se déclaraient chez les femmes de moins de 40 ans. En dépit du fait que l'incidence globale du cancer du col de l'utérus était la plus faible, les femmes de 25 à 45 ans affichaient un taux plus élevé de cancer du col de l'utérus que de cancer de l'utérus ou de l'ovaire. En outre, l'âge médian auquel le cancer du col de l'utérus était diagnostiqué était de 47 ans, un âge considérablement moins avancé que celui observé pour les deux autres types de cancer.

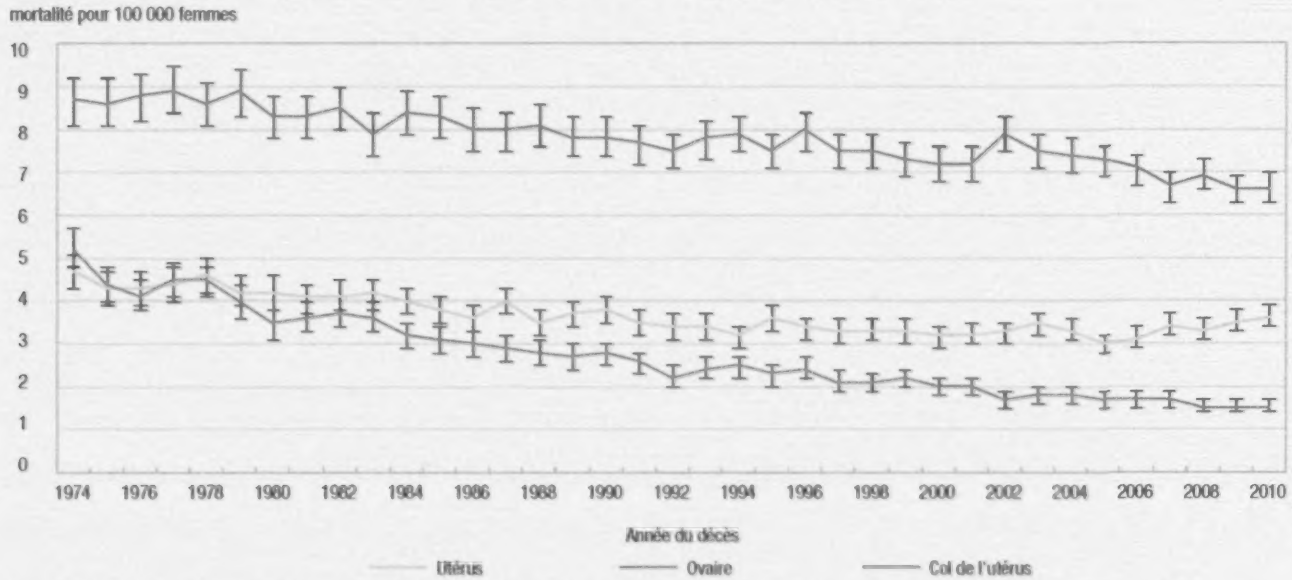
Risque au cours de la vie

Le risque au cours de la vie est une estimation du risque qu'un nouveau-né développe un type particulier de cancer à un moment donné au cours de sa vie[9,10]. En 2010, le risque au cours de la vie de développer un cancer de l'utérus était de 1 sur 36 (ou 2,8 %)[11]. Le cancer de l'ovaire était associé à un risque au cours de la vie plus faible, soit 1 sur 71 (ou 1,4 %), et le cancer du col de l'utérus présentait le risque au cours de la vie le plus faible, soit 1 sur 155 (ou 0,6 %).

Le taux de mortalité par cancer de l'ovaire et par cancer du col de l'utérus diminue au fil du temps; le taux de mortalité par cancer de l'utérus a augmenté ces dernières années

Tandis que les chiffres d'incidence représentent le nombre de nouveaux cas d'une maladie, les données sur la mortalité reflètent le nombre de décès attribuables à cette maladie. Le cancer était la cause principale de décès chez les femmes en 2010[12], et les cancers de l'appareil reproducteur représentaient 9,2 % de ces décès.

Graphique 3
Taux de mortalité, selon le type de cancer et l'année, normalisés selon l'âge, Canada, 1974 à 2010



Note : Les lignes d'erreur verticales superposées aux courbes des tendances représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les intervalles de confiance indiquent le degré de variabilité de l'estimation et permettent des comparaisons.
Source : Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Alors que le cancer de l'utérus était le cancer de l'appareil reproducteur diagnostiqué le plus fréquemment, le cancer de l'ovaire causait le plus grand nombre de décès. En 2010, le taux de mortalité par cancer de l'ovaire était de 9,5 décès pour 100 000 femmes (tableau 2). Malgré le taux de mortalité relativement élevé, le risque de décès dû à un cancer de l'ovaire a diminué au fil du temps. Entre 1974 et 2010, le taux a baissé de 0,7 % par année (graphique 3)[1].

La mortalité par cancer de l'ovaire était plus élevée que la mortalité due aux autres cancers de l'appareil reproducteur en grande partie parce que, chez la plupart des femmes, le cancer de l'ovaire n'est pas diagnostiqué avant qu'il n'ait atteint un stade avancé et qu'il se soit déjà étendu au-delà des ovaires. Cette situation est due principalement au fait que le cancer de l'ovaire ne présente pas de symptômes précoces clairement identifiables[13,14].

Le taux de mortalité par cancer de l'utérus était de 5,4 décès pour 100 000 femmes, ce qui en fait la deuxième forme de cancer de l'appareil reproducteur la plus mortelle (tableau 2). Alors que la mortalité par cancer de l'utérus a diminué de 1,4 % par année de 1974 à 2000, ce recul a pris fin entre 2000 et 2010, période durant laquelle le taux a augmenté de 0,9 % par année (graphique 3).

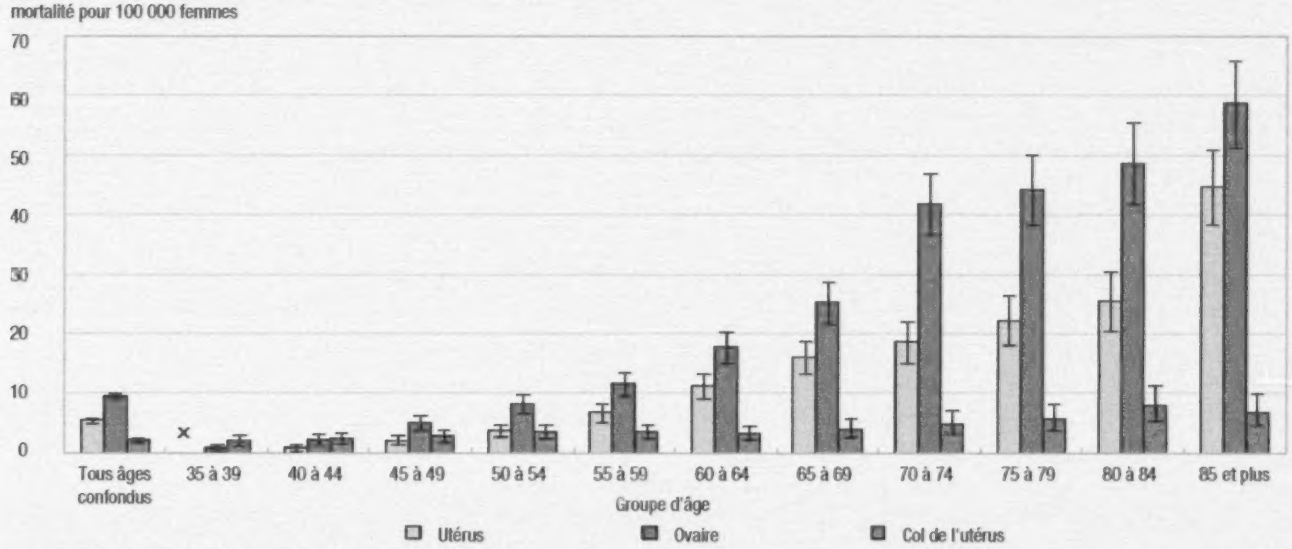
La mortalité par cancer du col de l'utérus était la plus faible observée pour les trois principaux cancers de l'appareil reproducteur, le taux étant de 2,2 décès pour 100 000 femmes (tableau 2). Non seulement la mortalité par cancer du col de l'utérus était relativement faible, mais elle avait également diminué au fil du temps. En 2010, le taux était inférieur à un tiers de sa valeur en 1974, ce qui représente une baisse de 3,2 % par année (graphique 3). La diminution du nombre de décès par cancer du col de l'utérus, comme celle du nombre de nouveaux cas, est vraisemblablement le résultat des programmes de dépistage du cancer du col de l'utérus[6,7].

La mortalité par cancer de l'ovaire et par cancer de l'utérus a tendance à augmenter avec l'âge; la mortalité par cancer du col de l'utérus est répartie plus uniformément entre les groupes d'âge

Tout comme le risque qu'on diagnostique chez elle un cancer de l'appareil reproducteur, le risque que court une femme d'être emportée par l'un de ces cancers dépend de son âge. La mortalité par cancer de l'ovaire augmentait de façon constante avec l'âge, le taux le plus élevé, soit 58,7 décès pour 100 000 femmes s'observant chez les femmes de 85 ans et plus (graphique 4). Cette courbe est similaire à celle obtenue pour les nouveaux cas de cancer de l'ovaire, dont le nombre avait aussi tendance à augmenter avec l'âge (graphique 2).

De même, le nombre de décès par cancer de l'utérus augmentait avec l'âge, pour atteindre un sommet chez le groupe d'âge le plus avancé. Les femmes de 85 ans et plus affichaient un taux de mortalité par cancer de l'utérus de 44,6 décès pour 100 000 femmes (graphique 4). En comparaison, le taux de diagnostic du cancer de l'utérus atteignait un sommet chez les femmes au début de la soixantaine.

Graphique 4
Taux de mortalité par âge, selon le type de cancer et le groupe d'âge, Canada, 2010



x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

Note : Les décès chez les groupes d'âge plus jeunes ont été supprimés en raison du petit nombre de cas (n<5).
Les lignes d'erreur verticales superposées aux barres représentent les intervalles de confiance à 95 %. Les intervalles de confiance indiquent le degré de variabilité de l'estimation et permettent des comparaisons plus valides des différences entre les estimations.

Source : Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès, Statistique Canada.

Les décès par cancer du col de l'utérus étaient répartis plus uniformément entre les groupes d'âge que les décès par cancer de l'ovaire ou de l'utérus, mais la mortalité avait encore tendance à augmenter avec l'âge (graphique 4). Le taux de mortalité le plus élevé était celui enregistré chez les femmes de 80 à 84 ans (7,9 décès pour 100 000 femmes), suivi par le taux chez les femmes de 85 ans et plus (6,9 décès pour 100 000 femmes)[15]. Comme pour le cancer de l'utérus, la mortalité par cancer du col de l'utérus atteignait un sommet à un âge plus avancé que l'âge au moment du diagnostic, dont le taux est le plus élevé chez les femmes au début de la quarantaine.

Même s'il était associé à un taux de mortalité relativement faible, le cancer du col de l'utérus posait un plus grand risque de décès chez les femmes plus jeunes que le cancer de l'ovaire ou de l'utérus. Chez les femmes de moins de 45 ans, le risque de décès par cancer du col de l'utérus était plus élevé que le risque de décès attribuable à l'une ou l'autre des deux autres principales formes de cancer (graphique 4).

Comme l'âge médian au moment du diagnostic, l'âge médian au décès était le même pour les femmes atteintes d'un cancer de l'utérus et celles atteintes d'un cancer de l'ovaire, et il était significativement plus faible chez les femmes présentant un cancer du col de l'utérus (tableau 2). En outre, alors que l'âge de décès médian par cancer de l'utérus et par cancer de l'ovaire a augmenté avec le temps, il a diminué pour le cancer du col de l'utérus. Pour ce dernier, l'âge de décès médian était de 59 ans en 2010, soit une diminution d'un an et demi depuis 1974. En comparaison, au cours de la même période, l'âge médian au décès a augmenté de neuf ans et demi pour le cancer de l'ovaire, et de trois ans et demi pour le cancer de l'utérus. La diminution de l'âge médian au décès par cancer du col de l'utérus est due au fait que les baisses les plus importantes du taux de mortalité ont eu lieu chez les femmes plus âgées. Par exemple, le taux de mortalité par cancer du col de l'utérus a diminué de 76,6 % chez les femmes de 70 à 74 ans, comparativement à 32,0 % chez celles de 35 à 39 ans.

Sommaire

Les cancers de l'appareil reproducteur représentaient 12,0 % de tous les nouveaux cas de cancer diagnostiqués chez les femmes au Canada en 2010. Le cancer de l'utérus était celui dont le diagnostic était le plus fréquent, soit 30,3 nouveaux cas pour 100 000 femmes, le taux le plus élevé enregistré pour ce cancer depuis 1992. Alors que le risque de décès était presque deux fois plus élevé pour le cancer de l'ovaire que pour le cancer de l'utérus, le taux de mortalité par cancer de l'ovaire a diminué de façon constante depuis 1974. Par ailleurs, le taux de mortalité par cancer de l'utérus a augmenté entre 2000 et 2010. Le cancer du col de l'utérus était celui pour lequel les nombres de nouveaux cas et de décès étaient les plus faibles, mais il était aussi le plus susceptible d'affecter les femmes plus jeunes, les âges médians au diagnostic et au décès étant les plus faibles pour ce cancer.

Tanya Navaneelan est analyste à la Division de la statistique de la santé.

L'auteure remercie Gregory Christ, Larry Ellison et Dianne Zakaria de leur contribution.

Ce qu'il faut savoir au sujet de la présente étude

Classification des concepts clés

Pour les données sur l'incidence, les cancers dont il est question dans le présent article ont été définis en utilisant les codes de la Classification internationale des maladies pour l'oncologie, troisième édition (CIM-O-3)[16] suivants : utérus : C54.0 - C54.9, C55.9; ovaire : C56.9; col de l'utérus : C53.0 - C53.9. Pour tous les cancers, les histologies qui suivent sont exclues : 9050-9055, 9140 et 9590-9992. Seuls les cas malins ont été pris en compte.

Les données sur la mortalité ont été classées conformément à la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision (CIM-10)[17], neuvième révision (CIM 9)[18], et huitième révision (CIM-8)[19]. Les définitions qui suivent ont été utilisées pour déterminer la cause du décès :

Cancer de l'utérus : CIM-10 - C54, C55; CIM-9 - 182, 179; CIM-8 - 182

Cancer de l'ovaire : CIM-10 - C56; CIM-9 - 183; CIM-8 - 183

Cancer du col de l'utérus : CIM-10 - C53; CIM-9 - 180; CIM-8 - 180

Sources des données

Les données sur l'incidence du cancer sont tirées du Registre canadien du cancer (RCC), une base de données dynamique, axée sur la personne et représentative de la population tenue à jour par Statistique Canada. Le RCC contient des renseignements sur les cas de cancer diagnostiqués depuis 1992, extraits des rapports transmis par tous les registres provinciaux et territoriaux du cancer.

Les analyses ont été effectuées en se servant d'un fichier maître de totalisations. Ce fichier maître a été créé en appliquant les règles internationales pour la déclaration des tumeurs primaires multiples[20] à une copie du RCC (dans sa version du 10 janvier 2014) limitée aux tumeurs invasives et aux tumeurs in situ de la vessie.

Les données sur la mortalité sont tirées de l'enquête Statistique de l'état civil – Base de données sur les décès du Canada, qui est aussi tenue à jour par Statistiques Canada. Les données sur la mortalité sont fondées sur des renseignements fournis par les registraires des bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil. Les Canadiens décédés alors qu'ils résidaient à l'extérieur du Canada ont été exclus de l'analyse, en raison des incohérences dans la déclaration des décès par des pays autres que le Canada.

Des données supplémentaires sur le dépistage sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).[7]

Analyse des tendances

Les tendances au fil du temps des taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge ont été déterminées en se servant du Joinpoint Regression Program (v.4.0.4) distribué par le programme SEER (Surveillance Epidemiology and End Results)[21].

Toutes les analyses de tendance ont porté sur les taux normalisés selon l'âge. Comme le cancer est plus susceptible de se manifester chez les personnes plus âgées, la structure par âge d'une population a une forte influence sur les taux d'incidence et de mortalité observés. Afin de rendre les comparaisons au fil du temps plus valides, les taux normalisés selon l'âge sont utilisés pour tenir compte des différences de structure par âge entre les populations. Le taux normalisé selon l'âge est le taux que l'on observerait si la population d'intérêt avait la même structure par âge que la population de référence. La population de référence utilisée ici est la population canadienne au 1er juillet 1991.

Limites

Les données sur l'incidence peuvent ne pas inclure certains cas qui ont été déclarés tardivement ou qui n'ont pas été traités à temps pour être inclus dans le fichier final. Comme le RCC est une base de données dynamique, les données des années précédentes sont mises à jour alors que ces cas sont manquants. Par conséquent, les données pour les années les plus récentes pourraient sous-estimer légèrement l'incidence réelle.

La population peut contenir des femmes qui ne courent pas le risque de présenter certains cancers de l'appareil reproducteur si elles ont subi une ablation des organes dans lesquels se développent ces cancers (p. ex. l'hystérectomie). Ces femmes n'ont pas été supprimées de la population à risque dans la présente analyse.

De nouvelles révisions de la CIM sont produites périodiquement pour maintenir l'actualité de la classification. Les données sur la mortalité qui figurent dans le présent article sont fondées sur trois révisions du système de codage de la CIM. Certaines causes de décès peuvent être classées différemment selon la révision utilisée, de sorte que la classification des décès dépend de l'année durant laquelle ils ont eu lieu. Même si les différences entre les révisions utilisées dans le présent article sont minimes pour les cancers de l'appareil reproducteur, des divergences en fonction de la version de la CIM utilisées sont possibles[22,23,24].

Bibliographie et notes

1. Toutes les analyses de tendance ont été effectuées en utilisant les taux d'incidence et de mortalité normalisés selon l'âge. Les taux ont été normalisés en prenant comme référence la population canadienne de 1991.
2. Les variations annuelles des taux d'incidence et de mortalité mentionnées dans le présent article sont les variations annuelles en pourcentage (APC). Le calcul comprend l'ajustement d'une droite au logarithme naturel des données, représenté en fonction de l'année civile. Le seuil de signification a été fixé à $p < 0,05$.
3. SARAIYA, Mona, Marc STEBEN, Meg WATSON et Lauri MARKOWITZ. 2013. « Evolution of cervical cancer screening and prevention in United States and Canada: implications for public health practitioners and clinicians ». *Preventive Medicine*, vol. 57, n° 5, p. 426 à 433.
4. PEIRSON, Leslea, Donna FITZPATRICK-LEWIS, Donna CILISKA et Rachel WARREN. 2013. « Screening for cervical cancer: a systematic review and meta-analysis ». *Systematic Reviews*, vol. 2, n° 35, p. 14 à 35.
5. DUARTE-FRANCO, Eliane, et Eduardo L. FRANCO. 2004. « Cancer of the uterine cervix ». BMC Women's Health, vol. 4, n° Suppl 1, S1 à 13.
6. FRANCO, Eduardo L., Eliane DUARTE-FRANCO et Alex FERENCZY. 2001. « Cervical cancer : epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus in infection ». *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 164, n° 4, p. 1017 à 1025.
7. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012. Pour plus de renseignements : www23.statcan.gc.ca:81/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2.
8. La médiane correspond au point médian d'une distribution de nombres triés par ordre de grandeur.
9. SASIENI, P.D., J. SHELTON, N. ORMISTON-SMITH, C.S. THOMSON. et P.B. SILCOCKS. 2011. « What is the lifetime risk of developing cancer?: the effect of adjusting for multiple primaries ». *British Journal of Cancer*, vol. 105, n° 3, p. 460 à 465.
10. Le risque au cours de la vie a été calculé en utilisant la méthode d'ajustement pour tenir compte des tumeurs primaires multiples. Cette méthode permet d'effectuer une correction pour tenir compte des tumeurs primaires multiples incluses dans les données sur l'incidence et d'éviter une surestimation du risque de développer un cancer.
11. Comme le risque au cours de la vie est fondé sur les taux d'incidence et de mortalité courants, il est calculé en supposant que les taux courants (à tous les âges) demeureront constants au cours de la vie du nouveau-né. Bien que le risque au cours de la vie soit une mesure sommaire utile du risque dans la population, une vaste gamme de facteurs liés au mode de vie et de facteurs génétiques peuvent avoir une incidence sur le risque de développer un cancer, et le risque diffère chez chaque individu.
12. Statistique Canada. 2014. Tableau CANSIM n° 102-0561 – Principales causes de décès, population totale, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, annuel.
13. PERMUTH-WEY, Jennifer, et Thomas A. SELLERS. 2009. « Epidemiology of ovarian cancer ». Methods in Molecular Biology, vol. 472, n° 4, p. 413 à 437.
14. GUBBELS, Jennifer AA., Nick CLAUSSEN, Arvinder A. KAPUR, Joseph P. CONNOR et Manish S. PATANKAR. 2010. « The detection, treatment, and biology of epithelial ovarian cancer ». *Journal of Ovarian Research*, vol. 3, n° 8, p. 1 à 11.
15. Étant donné le nombre relativement faible de décès par cancer du col de l'utérus dans chaque groupe d'âge, les différences de mortalité selon le groupe d'âge doivent être interprétées avec prudence, même si les données des années précédentes confirment les constatations de 2010.
16. Organisation mondiale de la santé. 2000. « CIM-O : Classification internationale des maladies pour l'oncologie ». Troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la santé.
17. Organisation mondiale de la santé. 1992. « CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes ». Vol 1. Genève : Organisation mondiale de la santé.
18. Organisation mondiale de la santé. 1975. « Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death, Ninth Revision ». Vol 1. Genève : Organisation mondiale de la santé.
19. Organisation mondiale de la santé. « Eighth Revision International Classification of Diseases, Adapted for Use in the United States ». Vol 1. Washington, D.C. : U.S. Department of Health, Education and Welfare.
20. Centre international de recherche sur le cancer, Organisation mondiale de la santé, Association internationale des registres du cancer, European network of cancer registries. 2004. « International Rules for Multiple Primary Cancers, ICD-O Third Edition, Internal Report No. 2004/02 ». Lyon : Centre international de recherche sur le cancer.
21. Jointpoint regression program. Version 4.0.4 - Mai 2013. Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program, National Cancer Institute.
22. Statistique Canada. 2005. « Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada ». Produit n° 84-548-XIF au catalogue de Statistique Canada.
23. ANDERSON, Robert N., Arialdi M. MINIÑO, Donna L. HOYERT et Harry M. ROSENBERG. 2001. « Comparability of cause of death between ICD-9 and ICD-10: Preliminary estimates ». National Vital Statistics Reports, vol. 49, n° 2.
24. National center for health statistics. 1980. « Estimates of selected comparability ratios based on dual coding of 1976 death certificates by the Eighth and Ninth Revisions of the International Classification of Diseases ». *Monthly Vital Statistics* Report, vol. 28, n° 11.